

MATERNITÉ DE BALE

Directeur : Prof. Docteur A. LABHARDT

CONTRIBUTION
A
L'ÉTUDE DE L'AVORTEMENT

DISSERTATION INAUGURALE

POUR L'OBTENTION

DU

TITRE DE DOCTEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE L'UNIVERSITÉ DE BALE

PRÉSENTÉE PAR

PIERRE CREVOISIER

De Porrentruy (Jura Bernois)

GRENOBLE — IMPRIMERIE GUIRIMAND

56, Avenue Félix-Viallet, 56

1921

CONTRIBUTION
A
L'ÉTUDE DE L'AVORTEMENT

MATERNITÉ DE BALE

Directeur : Prof. Docteur A. LABHARDT

CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE DE L'AVORTEMENT

DISSERTATION INAUGURALE

POUR L'OBTENTION

DU

TITRE DE DOCTEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE L'UNIVERSITÉ DE BALE

PRÉSENTÉE PAR

PIERRE CREVOISIER

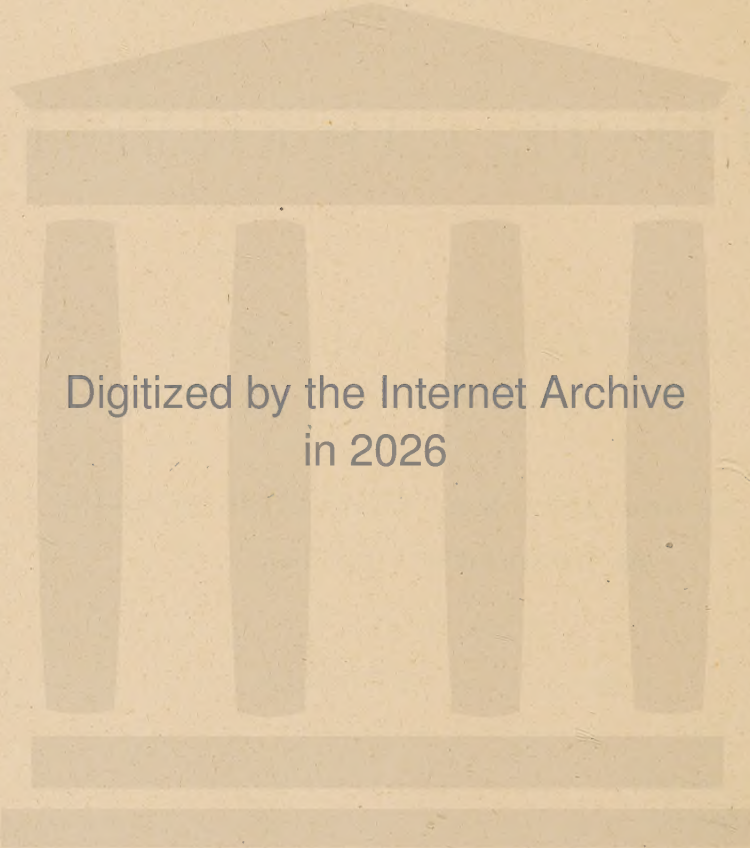
De Porrentruy (Jura Bernois)



GRENOBLE — IMPRIMERIE GUIRIMAND

56, Avenue Félix-Viallet, 56

1921



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

L. CREVOISIER

Docteur en Médecine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'AVORTEMENT

Homicidii festinatio est prohibere nasci.
(Tertullien).

Dans la plupart des états « maladifs » de l'être humain, il n'y a en général qu'une seule vie qui est menacée, celle du patient. En obstétrique, ce sont ordinairement deux existences étroitement liées qu'il importe de conserver. Quand on parle d'avortement on ne tient compte avec raison dans la plupart des cas que du danger qui menace la mère ; l'enfant se trouve en effet mis dans des conditions qui rendent son développement intra-utérin, postérieur à l'accident, presque toujours impossible. Dans « l'avortement imminent » on essaye par un traitement approprié de rendre aux deux parties la conservation de la vie aussi favorable que possible. Mais si les liens qui rattachent le produit de la conception à l'organisme maternel ont commencé à se dénouer ou le sont complètement, le seul traitement rationnel consiste à ne s'occuper que de la mère ; ce serait peine perdue que de faire quoi que ce soit pour le fœtus qui n'a plus les moyens nécessaires à sa disposition pour se développer davantage. Qu'on n'oublie cependant pas qu'il s'agit d'une vie humaine perdue pour la société, que sous aucun prétexte on a le droit de la supprimer sans avoir, en toute conscience, essayé l'impossible pour la conserver.

Et si au point de vue purement médical la priorité pour le traitement appartient à la mère, aux points de vue moral et religieux, pour d'autres, également, au point de

vue social, il reste sans conteste que les parents ayant accompli l'acte procréateur, l'enfant qui est le but dernier de l'activité génésique a tous les droits à la vie, et qu'on ne saurait le sacrifier sans commettre un acte répréhensible et condamnable par la morale naturelle déjà ; d'où la nécessité absolue du traitement prophylactique.

La statistique qui va suivre a été inspirée par l'idée de répondre en partie à un projet de loi déposé par le groupe socialiste du Grand Conseil bâlois au printemps 1919. Cette motion Welte demandait l'introduction dans la constitution cantonale d'un paragraphe légalisant l'avortement pendant les trois premiers mois de la grossesse : pour les cas où il serait demandé en consentement réciproque par les parents, lors d'une grossesse légitime, par la mère, lors d'une grossesse illégitime, et où l'avortement serait pratiqué par un médecin diplômé.

Il ne s'agissait de rien moins que de permettre l'avortement criminel. Cette motion dont l'acceptation aurait eu des conséquences désastreuses, fut heureusement repoussée en seconde lecture par la majorité des représentants de cette Assemblée.

Cet incident suffit néanmoins à donner à ce travail une valeur d'actualité, particulièrement à cette heure où des voix s'élèvent de toutes parts pour dénoncer une natalité insuffisante, et permet d'en tirer des conclusions qui serviront d'appui à la thèse des opposants de la motion Welte.

Le champ d'action de la Maternité bâloise ne s'étend point uniquement au Canton de Bâle. Les cantons suisses avoisinants fournissent aussi une partie des cas traités plus bas, de même que l'Alsace et le Grand-Duché de Bade. Toutefois le nombre des malades provenant de ces deux dernières contrées est si minime qu'on peut le consi-

dérer comme quantité négligeable dans les conclusions de ce travail.

Les 1869 cas d'avortement exposés ci-dessous forment l'ensemble des cas traités à la Maternité dans une période de quinze années, soit de 1904 à 1918.

Nous considérons donc pour rendre cet exposé plus clair :

1. L'âge des femmes qui ont été traitées.
2. L'époque de la grossesse à laquelle l'avortement a été le plus fréquent.
3. Le rapport de fréquence de l'avortement d'après l'état civil de la mère.

Puis il sera possible de répondre à la question capitale du sujet.

4. a) Quelle est la morbidité de l'avortement :
 - a) dans les cas « sûrement » criminels ?
 - b) dans les cas « douteux » ?
 - c) dans les cas « sûrement » spontanés ?
4. b) Quelle est la mortalité :
 - a) dans les cas « sûrement » criminels ?
 - b) dans les cas « douteux » ?
 - c) dans les cas « sûrement » spontanés ?
 - d) dans les cas « d'avortements thérapeutiques » ?

Remarquons que quelques anamnèses ne livrent pas d'indices suffisants pour les ranger d'une façon absolue dans une catégorie à laquelle ils appartiennent. Pour éviter une erreur assez considérable, plusieurs cas très probablement criminels ont été classés dans les avortements « douteux ». Cela permet d'expliquer pourquoi la proportion, sinon de mortalité, du moins de morbidité, est relativement plus forte dans la catégorie II (avortements douteux) que dans la I^{re} (avortements sûrement criminels).

CHAPITRE I^{er}

Comment se partagent les cas d'Avortement par rapport à l'âge de la Femme

L'intervalle entre la ménarche et la ménopause, soit dans nos contrées, entre 15 et 50ans, a été divisé en périodes de 5 années. L'avortement a lieu surtout entre 15 et 45 ans. Après 45 ans, la conception étant plutôt rare, la fréquence d'avortement baisse en proportion et n'entre que très peu en ligne de compte. D'autre part la faculté de conception ne coïncidant pas avec la puberté, la première période de 15 à 20 ans ne livre aussi qu'un nombre très restreint d'avortements.

Le graphique reproduit ci-dessous montre une ascension très rapide dans les 2^e et 3^e périodes, où le nombre des avortements est décuplé.

Plus de la moitié des avortements ont lieu dans la période de 25 à 35 ans. Ce fait correspond donc exactement avec la fréquence de la conception, dans la vie de la femme. La courbe redescend ensuite de sorte que la fréquence est à peu près la même à 20 et à 40 ans.

Entre 45 et 50 ans, le nombre des avortements est relativement beaucoup plus élevé que celui des naissances normales. Cela peut s'expliquer par le fait qu'à cet âge, où la plupart des femmes entrent dans la période de ménopause, l'organisme n'a plus la vigueur voulue pour accomplir les phénomènes de transformation nécessaires à la croissance de l'embryon. Le muscle utérin a perdu l'élasticité qui facilite la nidation et le développement de l'œuf. Des 27 cas signalés sur la table ci-dessous pour cette période, 6 étaient au 2^e mois de la grossesse, 12 au 3^e mois, 9 au 4^e mois.

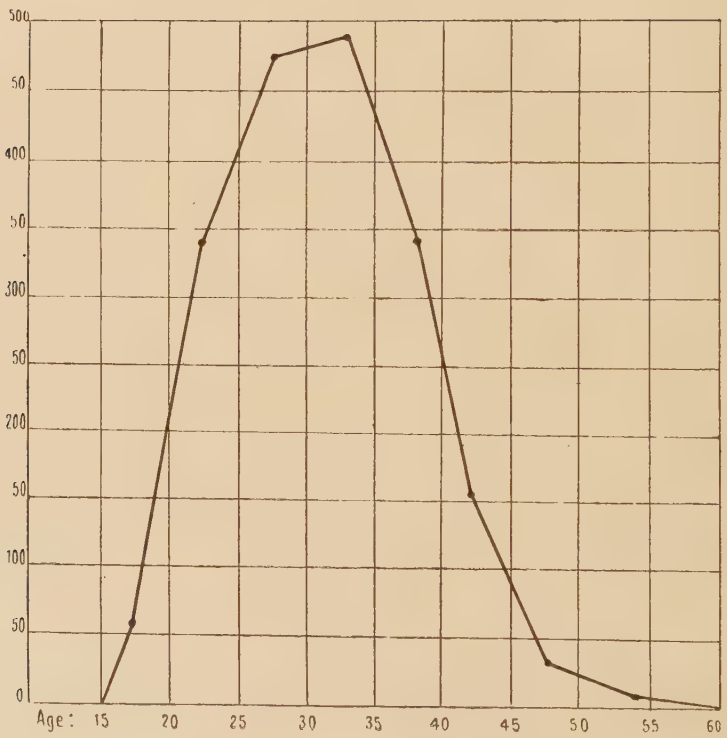
Enfin le seul cas de la dernière période est signalé chez une femme de 53 ans, au 2^e mois de la grossesse ; à la suite de cet avortement, la patiente fut soignée pendant 6 semaines pour une « Endométrite ».

TABLEAU I

Nombre des avortements dans les périodes d'âge de la menarche à la ménopause

AGE	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50	Total
1904	1	13	36	21	21	10	2		104
1905	1	16	31	26	20	7	1		102
1906	1	16	35	29	17	8	2		108
1907	2	22	37	38	24	11	1	1	136
1908	3	18	41	44	26	11	3		146
1909	5	28	24	39	25	10	1		132
1910	8	33	43	43	26	12	1		166
1911	3	23	40	42	24	12	3		147
1912	6	30	33	43	30	12	2		156
1913	3	32	33	42	23	10	2		145
1914	8	24	25	25	30	9	3		124
1915	4	10	26	30	17	12	1		100
1916	4	21	23	21	24	12	4		109
1917	2	10	27	22	25	12	1		99
1918	3	23	22	22	16	9	»		95
Total de la période de 15 années.	54	319	476	487	348	157	27	1	1.869

TABLEAU I b



*Nombre des avortements dans les périodes d'âge
de la menarche à la ménopause*

CHAPITRE II

A quelle époque de la grossesse survient le plus fréquemment l'Avortement ?

L'avortement au 1^{er} mois n'entre pas en ligne de compte, le diagnostic de la grossesse étant impossible pendant cette période.

Mais le pourcentage s'élève très rapidement et atteint son maximum — plus de 1/3 des cas — au 3^e mois. Pour quelques cas, l'anamnèse n'a pu fournir les données suffisantes pour établir l'époque de la grossesse.

Si nous examinons brièvement l'étiologie de l'avortement, nous trouvons deux catégories de causes :

1. Causes provenant de la mère :

Elles sont multiples :

- a) beaucoup de maladies infectieuses provoquent l'interruption de la grossesse : la scarlatine (Pinard), la variole, le choléra, la grippe, surtout si elle se complique de pneumonie, le typhus abdominal, le paludisme, sont les principales.
- b) les intoxications ; particulièrement l'intoxication saturnine et l'intoxication d'oxide de carbone.
- c) d'après P. Bar, l'appendicite qui provoque alors une infection à Coli-Bac.
- d) la rétroversion accentuée, lorsque la femme ne se fait pas soigner, peut dans certains cas rares, provoquer l'avortement.
- e) la plupart des maladies aiguës accompagnées d'hyperthermie et de modifications dans la composition du sang.

- f) les traumatismes : plus ils ont un siège rapproché de l'appareil génital, plus ils sont dangereux pour le cours normal de la grossesse. En outre les complications du traumatisme : plaies, fièvre, jouent un rôle particulièrement défavorable.
- i) la syphilis provoque l'avortement dit « habituel » ; dans la statistique, nous voyons : 1 cas au 2^e mois, 3 cas au 4^e, 2 cas aux 5^e et 6^e mois.

2. Causes provenant de l'œuf :

D'après Wallich (voir Revue de chirurgie et gynécologie, I. VII. 13), l'avortement précoce semble se produire de préférence au stade de congestion prémenstruelle correspondant à une époque où les règles devraient normalement avoir lieu, d'autres motifs aussi provoqueraient de pareilles congestions.

Il faut remarquer toutefois que l'avortement le plus fréquent dans les premiers mois est dû au fait que l'œuf, à ce moment, n'est point encore aussi bien fixé aux parois de la matrice que plus tard ; son décollement se fait donc plus aisément.

La caduque capsulaire une fois accollée à la caduque vraie, l'œuf ne peut plus se détacher aussi facilement. Les diverses lésions de la caduque, l'hydroporrhée déciduale, peuvent être suivies d'avortement ; de même les hémorragies placentaires amènent souvent l'expulsion prématurée du fœtus. Dans le développement ultérieur de l'œuf, les causes d'avortement sont : la rupture de l'amnios, plus rarement l'hydramnios à marche aiguë (P. Bar), la dégénérescence des villosités choriales, les altérations diverses du placenta.

3. Enfin tous les moyens mécaniques, physiques ou chimiques qui sont employés pour l'avortement criminel ; ils sont si variés que leur énumération même serait fastidieuse.

Mais les avortements criminels — pour des raisons faciles à concevoir — sont, eux surtout, certainement plus fréquents au début de la grossesse. Le tableau ci-dessous en donne la confirmation.

Voici le total des avortements aux différents mois de la grossesse pendant les 18 années comprises dans la statistique :

Mois : I-II ^e	16	} 1.584	Epoque inconnue. 55
— II-III ^e	347		Résidus d'avort... 218
— III-IV ^e	565		Missed abortion .. 12
— IV-V ^e	287		
— V-VI ^e	206		
— VI-VII ^e	135		
— VII ^e	28		

TABLEAU II

Des 1584 cas :

	I-II	II-III	III-IV	IV-V	V-VI	VI-VII	VII	
Avort. sur. criminel..	2	4	10	6	3	»	»	25
Avort. crim. douteux.	6	32	104	66	29	24	6	267
Avort. spontanés ...	8	311	451	215	174	111	22	1.292
	16	347	565	287	206	135	28	1.584

TABLEAU II b

*Tableau des avortements spontanés — Avortements
criminels douteux — Avortements criminels sûrs
aux différents mois de la grossesse*



CHAPITRE III

Rapport de fréquence entre l'Avortement et la Position civile de la Mère

La légitimité de la grossesse joué sans conteste, un rôle particulièrement important dans la question de l'avortement. Alors que pour les accouchements on observe une illégitimité d'environ 10 %, la statistique d'avortement présente 343 cas chez des célibataires et 1507 cas chez des femmes mariées, soit un rapport de 18,3 % et 74,7 %.

Il est intéressant de constater le % des cas dans lesquels l'anamnèse indique une criminalité sûrement acquise ou douteuse chez les célibataires et les femmes mariées.

Les 292 cas de criminalité sûre ou douteuse se répartissent ainsi :

TABLEAU III

	Criminalité sûre	Criminalité douteuse	Chiffre absolu des Avortements
Célibataires	15	167	343
Femmes mariées...	8	96	1.507
Divorcées	1	»	4
Veuves.....	1	4	15
Total.....	25	267	1.869

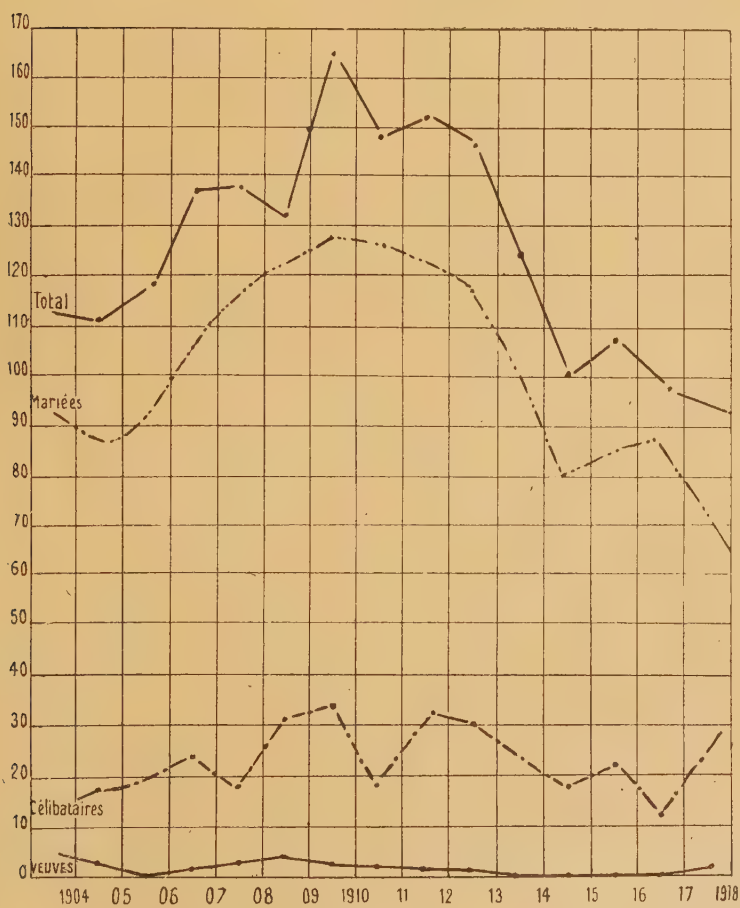
La criminalité sûre est de 4,3 % chez les célibataires et de 0,53 % chez les femmes mariées ; la criminalité douteuse est de 48,6 % chez les célibataires, de 6,3 % chez les femmes mariées. Si l'on considère, en outre, que 36 cas rangés dans la catégorie « criminalité douteuse » sont inscrits dans les anamnèses comme « avortements accidentels » par suite des renseignements et explications fournies par la malade ou son entourage — explications et renseignements si souvent sujets à caution — on peut en déduire, spécialement pour les célibataires, que beaucoup de ces avortements devraient être considérés comme d'une criminalité sûre. Car l'« accident » qui est rapporté souvent par la patiente n'est en réalité qu'un terme propre à dissimuler les manœuvres abortives employées. Mais la vérification est évidemment impossible, et le manque de preuves certaines nous oblige à ranger ces « accidentels » parmi les criminels douteux. Quiconque aura entendu une anamnèse concernant un avortement criminel sait quelles difficultés le médecin voit se lever devant lui lorsqu'il tente de déchiffrer l'énigme qui se présente trop souvent.

TABLEAU III b

Fréquence de l'avortement avec la position civile de la mère

343 célibataires. 15 veuves

1869 cas : 1507 femmes mariées. 4 divorcées



DEUXIEME PARTIE

Les remarques nécessaires faites, nous passons à la question principale, à savoir :

- | | | |
|--------------|---|------------------|
| 1. Morbidité | } | de l'avortement. |
| 2. Mortalité | | |

Voici un tableau général indiquant les cas de mort, les cas ayant eu des complications graves et les cas sans complications.

TABLEAU IV

	Cas suivis de mort	Cas avec compli- cations graves	Cas sans complications
Sûrement criminels	12	11	2
Criminels douteux.	16	66	185
Sûrement pas criminels. . . .	17	316	1.227

	MORTALITÉ ABSOLUE	MORBIDITÉ
Sûrement criminels	48,0 %	44,0 %
Criminels douteux.	6 %	24,7 %
Sûrement pas criminels. . . .	1,1 %	20,3 %

Morbidity totale = 13,8 %
Mortality totale = 2,5 %

Nous reparlerons plus loin des avortements thérapeutiques : 17 cas ; dont 2 furent suivis de morts et 5 de complications graves, les premiers comme les seconds n'étant pas dus à l'intervention, mais à l'état dans lequel se trouvaient les patientes avant l'intervention.

(Mortalité absolue, 11,8 %. Morbidité, 45 %.)

A. MORBIDITE

Pour préciser la morbidité de l'avortement, il est bon d'en considérer l'étiologie. Nous nous servirons donc de la classification précédente : 1. avortements sûrement criminels, 2. avortements criminels douteux, 3. avortements spontanés, 4. avortements thérapeutiques.

1. Avortements sûrement criminels

Le nombre des cas dans lesquels l'anamnèse indique une criminalité sûre s'élève à 25, soit 1,35 % des 1869 cas. Comme je le faisais remarquer précédemment, on pourrait y ajouter une bonne part des cas qui seront examinés dans le chapitre 2.

Dans ces 25 cas, 11 ont présenté des complications. Nous partageons ces cas en :

1. Cas présentant des complications comme suites directes de l'avortement.

2. Cas n'ayant pas de complications se rapportant à l'avortement d'une façon directe.

1^o Cas présentant des complications à la suite de l'avortement

1^{er} cas. — (1907, n° J. 187). Pat. H., 32 ans, mariée, 3 grossesses, 0 avortement. M. II-III. Présente à l'entrée à l'hôpital température fébrile. Il est procédé à un curettage,

température fébrile après intervention. Diagnostic : avortement incomplet criminel. Complications : paramérite et thrombophlébite gauche. Guérison après deux mois de maladie.

2° cas. — (1910, n° J. 318). Pat. W., 36 ans, mariée, 5 grossesses, 0 avortement. M. III. Température fébrile à l'entrée à l'hôpital. Curage digital et curettage. Température fébrile après intervention. Diagnostic : avortement incomplet criminel. Complications : Paramérite double. Sortie de l'hôpital améliorée après cinq semaines.

3° Cas. — (1912, n° J. 321). Pat. W., 36 ans, mariée, 6 grossesses, 0 avortement. Température fébrile à l'entrée à l'hôpital. Aucune intervention. Température fébrile persiste pendant 3 mois. Diagnostic : avortement incomplet criminel. Complications : Phlegmasie blanche douloureuse. Perforation du fornix postérieur du vagin. Sortie améliorée après quatre mois.

4° cas. — (1915, n° J. 154). Pat. M., 27 ans, mariée, 3 grossesses, 0 avortement. M. II. Température fébrile à l'entrée à l'hôpital. Pas d'intervention. Diagnostic : avortement complet criminel. Complications : ulcère artificiel du vagin. Sortie guérie après trois semaines.

5° cas. — (1915, n° J. 408). Pat. G., 32 ans, mariée, 2 grossesses, 0 avortement. M. III-IV. Température fébrile à l'entrée à l'hôpital. Il est procédé à des injections de sécacornine qui provoquent au bout de 3 jours l'expulsion d'une masse de la grosseur d'un œuf de poule, qui est reconnue comme missed abortion. Sortie de l'hôpital sans fièvre après huit jours.

6° cas. — (1916, n° J. 631). Pat. M., 37 ans, célibataire, 1 grossesse, 0 avortement. M. III. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Diagnostic : avortement incomplet criminel. Complications : Paramérite, endométrite putride. Sortie guérie après deux mois et demi.

7° cas. — (1917, n° J. 656). Pat. F. H., 31 ans, mariée,

2 grossesses, 0 avortement. M. III. Température fébrile à l'entrée à l'hôpital. Intervention à domicile. A l'hôpital, curettage. Température fébrile après intervention. Diagnostic : avortement incomplet criminel. Complications : anémie grave. Guérison après un mois.

8° cas. — (1918, n° J. 22). Pat. A., 32 ans, veuve, 2 grossesses, 1 avortement. M. III. Température fébrile à l'entrée à l'hôpital. Intervention à domicile. A l'hôpital aucune intervention. Diagnostic : avortement complet criminel. Complications : Paramétrite gauche purulente. Sortie guérie après deux mois.

9° cas. — (1918, n° J. 183). Pat. F., 21 ans, célibataire, 0 grossesse, 0 avortement. M. ?. Température fébrile à l'entrée à l'hôpital. Pas d'intervention. Diagnostic : avortement criminel complet. Complications : Péritonite purulente « post abort. ». Sortie guérie après six mois.

10° cas. — (1918, n° J. 712). Pat. S., 22 ans, célibataire, 0 grossesse, 0 avortement. M. IV. Température fébrile à l'entrée à l'hôpital. Intervention à domicile. Température fébrile persiste pendant 2 mois. Diagnostic : avortement complet criminel. Complications : Pelviopéritonite, abcès du Douglas. Sortie guérie après onze semaines.

2° Cas avec complications ne découlant pas de l'avortement

(1918, n° J. 543). Pat. Sch., 20 ans, célibataire, 0 grossesse, 0 avortement. M. III. Température fébrile à l'entrée à l'hôpital. Intervention à domicile. Curettage à l'hôpital. Température fébrile après intervention. Diagnostic : avortement incomplet criminel. Complications : Salpingite gonorrhéique. Sortie guérie après deux mois.

2. Avortements criminels douteux

Des 267 cas d'avortements criminels douteux, l'anamnèse indique 66 cas (24,7 %) avec complications. Un résumé entraînerait trop loin. Nous nous contenterons n'énumérer ces complications en les divisant de même que précédemment.

1° Cas ayant des complications ensuite de l'avortement

- a) Pelviopéritonite : 5 cas.
- b) Pelviocellulite : 8 cas.
- c) Bactériémie : 3 cas.
- d) Endométrite ou Résidus « post abort. » : 18 cas.
- e) Thrombophlébite : 6 cas.
- f) Anémie grave : 7 cas.
- g) Rétention des caduques : 5 cas.
- h) Métrorrhagie après avortement : 1 cas.

2. Cas avec complications ne découlant pas de l'avortement

- a) Endométrite gonorrhéique; tumeur tubo-ovar : 7 cas.
- b) Môle charnu : 2 cas.
- c) Colpite : 2 cas.
- d) Hydrorrhée de l'utérus : 1 cas.

D'après ces tableaux on peut se rendre compte que la remarque faite au chapitre précédent est assez fondée. Si l'on considère les complications énumérées sous 1° a)-c) et 2° c), on obtient un total de 18 cas qui d'après l'anamnèse peuvent être suspectés à bon droit comme étant le résultat de manœuvres criminelles. Si l'on ajoute ces cas aux 11 cas du chapitre précédent (morbidité des avortements criminels) on arrive à une morbidité pour l'avortement criminel de 70 % au lieu de 44 %.

Ces chiffres parlent assez clairement sans qu'il soit

besoin d'autres commentaires pour démontrer les dangers auxquels s'exposent souvent par ignorance mais aussi dans le but de se soustraire aux inconvénients d'une grossesse un grand nombre de femmes.

Mais il est particulièrement intéressant de voir quelle est cette morbidité si l'on considère les cas avec infection puerpérale. Si nous ajoutons les cas suspects de criminalité parmi les avortements douteux, aux avortements sûrement criminels, la morbidité s'élève au-dessus de 50 % pour ceux ayant comme suite d'avortement une infection puerpérale.

3. Avortements sûrement spontanés

Dans cette classe sont rangés les cas d'où toute manœuvre criminelle est absolument exclue. Les résultats obtenus témoignent, quoique dans une mesure bien moindre de celle des deux premières catégories, de l'importance d'un processus qui expose pourtant la vie de la femme à de fréquents et graves dangers.

Sur un total de 1560 cas, la morbidité s'élève à 316 cas, soit 20,3 %.

Nous n'indiquerons de nouveau que brièvement ces complications.

1. Cas avec complications ensuite de l'avortement :

- a) Pelviopéritonite, 12 cas.
- b) Pelviocellulite, etc., 15 cas.
- c) Endométrite septique, 1 cas.
- d) Endométrite simple, 78 cas.
- e) Bactériémie et septicémie post. abort., 5 cas.
- f) Résidus d'avortement, 53 cas.
- g) Métrorrhagies post. abort., 12 cas.
- h) Thrombophlébite, etc., 29 cas.
- i) Rétention des caduques, 24 cas.
- k) Anémie grave, 30 cas.
- l) Toxicoses de la grossesse, 16 cas.

2. Cas avec complications ne découlant pas de l'avortement :

- a) Lymphadénite, 3 cas.
- b) Lues, 11 cas.
- c) Complications intestinales, 4 cas.
- d) TBC. des organes internes et TBC. osseuse, 6 cas.
- e) Maladies des organes respiratoires, 7 cas.
- f) Vices du cœur, 4 cas.
- g) Tumeurs de l'utérus, 6 cas.

Pour ce qui est des cas de fièvre par complications génitales, soit 11 cas, nous obtenons une morbidité de 7,1 %. Il est vrai que les 3/4 de ces cas sont des endométrites qui, d'après l'expression de Labadie et Lagrave, « est la maladie par excellence de l'âge génital de la femme ». Ces auteurs l'indiquent comme une des causes principales de l'avortement, étant donné que dans une muqueuse ainsi modifiée, les phénomènes de nidation de l'œuf sont rendus particulièrement difficiles et soumis à des variations multiples. Quant aux suites : métrorrhagies, anémie grave, etc., elles mettent pour un temps plus ou moins long, l'organisme dans un état d'infériorité manifeste en face de maladies et d'accidents postérieurs. Les dangers et inconvénients résultant de la thrombophlébite [immobilisation de la malade pendant de longues semaines, dangers d'embolie], suffisent pour considérer cette complication comme compromettant sérieusement la santé de la femme. Pour en revenir aux complications génitales : Pelviopéritonite et Pelviocellulite, il est évident qu'elles font courir un très sérieux danger à la santé générale aussi bien qu'au rétablissement des organes génitaux. Le fait qu'elles exigent un traitement durant parfois plusieurs mois, une immobilité complète de la malade, consécutivement un dépérissement de la patiente, marque assez leur gravité exceptionnelle.

4. Avortements thérapeutiques

La question de l'avortement thérapeutique a toujours été l'objet de controverses, ce qui se comprend d'ailleurs, les limites dans lesquelles il peut ou doit être permis, étant fort difficiles à tracer, si même on admet qu'elles soient à reconnaître comme justifiées.

L'intervention pratiquée dans des conditions normales et suivant les indications énumérées plus bas est très rarement l'objet de complications. Celles-ci ne sont, dans la règle, pas dues à l'avortement, mais bien à la maladie qui a fourni l'indication pour l'intervention. Il n'est donc point juste de critiquer l'avortement thérapeutique. Si son pronostic n'est pas aussi favorable qu'on pourrait le souhaiter c'est que l'état général de la patiente est déjà affaibli, souvent dans une forte proportion et le peu de résistance explique suffisamment les décès fréquents qui surviendraient du reste aussi, si l'on ne pratiquait pas l'avortement. Celui-ci permet au contraire de sauver la malade d'une issue fatale dans bien des cas.

M. le Docteur Meyer-Ruegg a fait paraître dans la *Schweizerische Medizin: Wochenschrift* (v. n° du 3. VII. 19) un article intitulé : « Indikationsloser Abortus » en tête duquel il cite l'opinion d'un maître de l'obstétrique française, Pinard, qui dit : « Ni le père, ni la mère, ni le médecin, n'ont le droit en aucune circonstance de supprimer la vie à l'enfant qui se trouve dans le sein de sa mère ».

Cette opinion catégorique résume bien la question : a-t-on ou n'a-t-on pas le droit de tuer l'enfant « in utero » ? car déjà le plus jeune embryon est un homme en puissance. Nous reparlerons de cela dans la conclusion de ce travail.

Pour ce qui est des indications de l'avortement thérapeutique, M. le Professeur Muret, de Lausanne, a traité

la question au Congrès de la Société gynécologique suisse à Genève. En voici un aperçu :

1. Indications et contre-indications générales :

- a) Danger direct ou en prévision pour la mère.
- b) Menaces sérieuses de compromettre la santé de la mère.
- c) Si, au cours d'une grossesse, la mort de la mère ensuite d'une maladie incurable est prévue pour une époque peu éloignée, la vie de l'enfant doit être considérée comme relativement supérieure à celle de la mère.
- d) Les indications engénétiques et sociales ne peuvent être prises en considération par le médecin.
- e) La grossesse ensuite de viol ou d'inceste ne peut être interrompue puisqu'il s'agit uniquement de moments éthiques et moraux.

2. Indications spéciales :

I. Ressortant du domaine obstétrical et gynécologique :

- a) Fort rétrécissement du bassin.
- b) Incarcération d'un utérus gravide rétrofléchi.
- c) Cas du col utérin.
- d) Hémorragies profuses et persistantes.
- e) Môle vésiculaire.
- f) Hydramnios aigu.

II. Ressortant du domaine de la médecine :

- a) Hyperémèse incurable.
- b) Albuminurie de la néphrite chronique.
- c) TBC. pulmonaire.
- d) Vices du cœur.
- e) Maladies du système nerveux et psychoses de la grossesse.
- f) Anémie perniciose.
- g) Affaiblissement général de la femme ensuite de grossesses répétées et pénibles.

Toutes ces indications ont été étudiées et discutées dans le rapport du Professeur Muret ; il est donc sans but de les développer ici à nouveau.

L'avortement thérapeutique est exécuté par le médecin, qui, conscient de l'intervention très grave qu'il entreprend, est seul juge du cas où la grossesse peut et doit être interrompue. Ces cas d'absolue nécessité sont, du reste, excessivement rares comme le démontre cette statistique où ils représentent le 0,85 %.

Certains de ceux-ci ont été faits à domicile et il ne s'agit alors que du traitement consécutif exécuté à la Maternité.

Examinons donc rapidement les 17 cas qui se sont présentés pendant cette période de 15 années : 5 ont présenté des complications résultant de la maladie qui a, comme je l'ai indiqué plus haut, fourni l'indication pour l'intervention.

1° Cas traités à domicile

1^{er} cas. — (1907, n° J. 155). Pat. A., 39 ans, mariée, 12 grossesses, 0 avortement. M. III-IV. L'avortement est exécuté par le médecin à domicile ; indications : très violentes crampes et hémorragies répétées et abondantes ; par crainte de complications, la malade ayant eu une hémorragie profuse, il envoya la malade à l'hôpital. Entrée avec température subfébrile. A l'hôpital on procède à un curettage. La température reste fébrile après l'intervention. Sortie guérie au bout de 6 semaines.

2° cas. — (1916, n° J. 254). Pat. J., 37 ans, mariée. 0 grossesse, 0 avortement. M. IV-V. L'avortement thérapeutique est exécuté à domicile. Indications : TBC. pulmonaire du 3^e degré. Entrée à l'hôpital avec température subfébrile. Curage digital à l'hôpital puis tamponade. La température est subfébrile après l'intervention. Sortie après 3 semaines dans un état stationnaire.

3^e cas. — (1918, n° J, 315). Pat. K. F., 29 ans, mariée. 0 grossesse, 3 avortements avant 3^e mois. M. II-III. La malade présente des symptômes de pyélocystite. L'avortement est exécuté à domicile ensuite de douleurs abdominales très violentes, par crainte d'incarcération de l'utérus myomateux. Pendant le curettage, perforation accidentelle du col utérin. Entrée à l'hôpital avec température fébrile, on procède de suite à l'amputation supravaginale. Après l'intervention, température fébrile ; complications : pyélite, entérite. Sortie guérie après 9 semaines.

II^e Cas traités complètement à la Maternité

1^{er} cas. — (1912, n° J. 431). Pat. R. H., 32 ans, mariée. 1 grossesse, 0 avortement. M. II-III. La malade présente une TBC. pulmonaire avancée, en outre une spondylite. Entrée à l'hôpital avec température subfébrile. Avortement provoqué de suite. Après l'intervention la température reste subfébrile. Sortie de l'hôpital après 15 jours dans un état stationnaire.

2^e cas. — (1912, n° J. 437). Pat. H. A. 30 ans, mariée. 2 grossesses, 0 avortement. M. II-III. La malade présente une TBC. pulmonaire avancée. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. L'avortement est provoqué de suite et il est effectué en même temps une stérilisation par ablation des trompes, 8 jours après l'avortement. Température fébrile après l'opération. Sortie de l'hôpital après 3 semaines avec un état stationnaire.

Ces 5 cas montrent donc bien, et c'est la chose importante en l'occurrence, qu'il n'y a pas de complications génitales à signaler et que la durée de la maladie et du traitement est due uniquement au processus pathologique déterminant la décision pour l'intervention. Il est très réjouissant de constater que l'avortement thérapeu-

tique est sans danger appréciable quand la technique opératoire et le traitement postérieur sont exécutés par des médecins habiles et un personnel consciencieux.

L'avortement thérapeutique est sans danger.

L'avortement thérapeutique considéré au point de vue purement médical est donc entièrement justifié lorsqu'il est le résultat d'observations sérieuses et d'un choix judicieux dans les cas où il faut intervenir.

B. MORTALITÉ

Nous examinerons de la même façon que pour la morbidité les différentes catégories d'avortements. Ce chapitre offre un intérêt plus grand encore que le précédent, parce qu'il met en pleine lumière les suites désastreuses de l'avortement criminel et permettra de tirer des conclusions très nettes.

1° Avortements sûrement criminels

Les anamnèses indiquent 12 cas de mort sur les 25 cas sûrement criminels, soit une mortalité de 48 % ; en voici le détail : ils présentent tous des

Complications mortelles comme suites de
l'avortement

1^{er} cas. — (1904, n° J., 58). Pat. M., 22 ans, célibataire. 0 grossesse, 0 avortement. M. II-III. Diagnostic : avortement compl. septique. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. La malade nie avoir employé un moyen abortif. Intervention : ponction du Douglas et drainage. Après intervention, température fébrile. Exitus au bout de 6 semaines. Le bulletin d'autopsie indique : paramétrite ensuite d'avortement septique. Péritonite purulente. Fistule intestinale.

2^e cas. — (1905, n° J., 188). Pat. G., 21 ans, célibataire. 0 grossesse, 0 avortement. M. IV. Diagnostic : avortement incomplet septique. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Avoue avoir tenté de se faire avorter avec un instrument. Intervention : curettage. Après intervention température fébrile. Exitus après 15 jours. Le bulletin d'autopsie indique : endométrite putride. Pélviopéritonite exsudative.

3^e cas. — (1906, n° J., 217). Pat. G., 28 ans, célibataire. 0 grossesse, 0 avortement. M. I-II. Diagnostic : avortement incomplet septique. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Nie avoir voulu se faire avorter. Intervention : extraction instrument et curettage. Après intervention, température fébrile. Exitus après 8 jours. Le bulletin d'autopsie indique : endométrite septique. Péritonite purulente, septicémie.

4^e cas. — (1906, n° J. 384). Pat. K., 23 ans, célibataire. 0 grossesse, 0 avortement. M. IV-V. Diagnostic : avortement incomplet septique. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Avoue avoir fait des injections pour se faire avorter. À l'hôpital, injections répétées de collargol. Température reste fébrile. Exitus après 5 semaines. Le bulletin d'autopsie indique : septicopyémie. Pleurésie et pneumonie putride, gonite et coxite purulentes.

5^e cas. — (1907, n° J., 150). Pat. Str., 19 ans, célibataire. 0 grossesse, 0 avortement. M. II-III. Diagnostic : avortement incomplet, septique. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Avoue avoir voulu se faire avorter. Intervention : extraction instrument et curettage. Après intervention, température reste fébrile. Exitus après 3 jours. Le bulletin d'autopsie indique : endométrite putride et bactériémie.

6^e cas. — (1907, n° J., 349). Pat. K., 23 ans, célibataire. 0 grossesse, 0 avortement. M. II-III. Diagnostic :

avortement complet septique. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Avoue avoir fait des injections de sublimé pour se faire avorter. Intervention : tamponade. Température reste fébrile. Exitus après 15 jours. Le bulletin d'autopsie indique : Paramétrite putride. Perforation de l'utérus. Néphrite aiguë toxique.

7^e cas. — (1908, n° J., 310). Pat. K. S., 23 ans et demie, célibataire. 0 grossesse, 0 avortement. M. IV-V. Diagnostic : avortement complet septique. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Avoue avoir voulu se faire avorter avec un instrument. Intervention ; température reste fébrile. Exitus après 6 jours. Le bulletin d'autopsie indique : Bactériémie après avortement septique.

8^e cas. — (1910, n° J., 673, 41). Pat. T., 28 ans, mariée. 2 grossesses, 0 avortement. M. I-II. Diagnostic : avortement incomplet septique. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Avoue avoir voulu se faire avorter avec un instrument. Intervention : laparotomie, drainage. Après intervention température reste fébrile. Exitus après 6 semaines. Le bulletin d'autopsie indique : Perforation de l'utérus, péritonite purulente.

9^e cas. — 1912, p, n° J., 136). Pat. Q., 28 ans, mariée. 0 grossesse, 0 avortement. M. III-IV. Diagnostic : avortement incomplet septique. La malade entre à l'hôpital dans un état comateux avec température fébrile. Intervention : extraction instrumentale et curettage. Après intervention, la température reste fébrile. Exitus après 4 jours. Le bulletin d'autopsie indique : Bactériémie et péritonite « post abort. ».

10^e cas. — (1913, n° J. 510). Pat. J. 26 ans, célibataire. 1 grossesse, 0 avortement. M. III-IV. Diagnostic : péritonite post abort. Envoyée à l'hôpital après traitement médical (curettage et tamponade) à domicile. Entrée avec température fébrile. Intervention : opéra-

tion de Porro. Après intervention : température fébrile. Exitus après 8 jours. Le bulletin d'autopsie indique : Péritonite purulente et bactériémie.

11^e cas. — (1918, n° J., 353). Pat. U., 23 ans, célibataire. 0 grossesse, 0 avortement. M. II. Diagnostic : péritonite post. abort. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Avoue avoir voulu se faire avorter. Exitus après 2 jours. Le bulletin d'autopsie indique : Péritonite purulente, perforation de l'utérus.

12^e cas. — (1918, n° J., 478). Pat. H., 39 ans, divorcée. 0 grossesse, 0 avortement. M. IV-V. Diagnostic : avortement complet septique. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Nie avoir voulu se faire avorter. Traitement expectatif. Exitus au bout de 4 jours. Le bulletin d'autopsie indique : Péritonite diffuse post. abort.

En résumé les causes de mort sont :

1. Péritonite purulente, 4 cas.
2. Péritonite purulente compliquée d'infection générale, 3 cas.
3. Péritonite et Pelviopéritonite exsudative et endométrite putride, 1 cas.
4. Septicémie, 1 cas.
5. Bactériémie, 2 cas.
6. Paramétrite putride et néphrite aiguë toxique, 1 cas.

Sur les 12 cas, 6 cas d'infection générale.

2. Avortements criminels douteux

Dans cette catégorie, la mortalité baisse considérablement. Sur 267 cas, 16 cas de mort, soit 6 %. Tous ces cas ont aussi des complications mortelles découlant directement de l'avortement.

1^{er} cas. — (1904, n° J.42). Pat. M., 25 ans, célibataire.

1 grossesse, 0 avortement. M. IV-V. Diagn.: avortement incomplet criminel douteux. Entrée avec temp. fébrile. Nie avoir voulu se faire avorter. Intervention : curage digital et curettage. La temp. reste fébrile. Exitus après 15 j. ensuite de péritonite post. abort.

2° cas. — (1904, n° J. 379). Pat. J., 22 ans, mariée. 2 grossesses, 0 avortement, M. ?. Diagn. : avort. complet. crim. douteux. Entrée à l'hôpital avec temp. fébrile. La malade indique comme cause d'avortement un coït violent ayant eu lieu contre sa volonté. Traitement expectatif. Exitus après 10 jours, ensuite de paramétrite et péritonite post. ab.

3° cas. — (1907, n° J. 213). Pat. D. 37 ans, mariée, 7 grossesses, 0 avortement. M. III-IV. Diag. : avort. septique crim. douteux. Entrée à l'hôpital avec temp. fébrile. Nie avoir voulu se faire avorter. Intervention : extraction manuelle et curettage. Temp. reste fébrile. Exitus après 5 jours ensuite de bactériémie post abort.

4° cas. — (1907 n° J. 511). Pat. J., 22 ans, mariée. 3 grossesses, 0 avortement. M. III-IV. Diagn. : avort. complet. crim. douteux. Entrée à l'hôpital avec temp. fébrile. Intervention : Curettage. La temp. fébrile persiste. Exitus après 15 jours, ensuite de pelviocellulite et bactériémie post. abort.

5° cas. — (1909 n° J. 310). Pat. T., 19 ans, célibataire. 0 grossesse, 0 avortement. M. II. Diagnostic : avort. incomplet, criminel douteux. Entrée à l'hôpital avec temp. fébrile. Nie avoir voulu se faire avorter. Intervention : incision et drainage du Douglas. Temp. fébrile persiste. Exitus au bout de 7 semaines, ensuite de pelviopéritonite post. abort. et bactériémie.

6° cas. — (1910, n° J. 42). Pat. G., 34 ans, mariée. 5 grossesses, 0 avortement. M. I-II. Diagn. : avort. incomplet criminel douteux. Entrée à l'hôpital avec température. fébrile. Traitement expectatif. La tempé-

rature persiste. Exitus après 2 semaines ensuite de bactériémie post abort.

7^e cas. — (1910, n° J. 190). Pat. Tsch. 34 ans, mariée. 2 grossesses, 0 avortement. M. IV. Diagnostic : avortement incomplet criminel douteux. Entrée à l'hôpital avec temp. fébrile. Nie toute participation criminelle. Traitement expectatif. La température devient subfébrile. Exitus après 2 jours ensuite d'hémorragies utérines infectieuses.

8^e cas. — (1911, n° J. 619). Pat. Pf., 36 ans, mariée. 0 grossesse, 0 avortement. M ? . Diagnostic : avort. complet criminel douteux. Patientte apportée à l'hôpital sans connaissance avec température aisébrile. Intervention : laparotomie. La température reste fébrile. Exitus au bout de 3 jours, ensuite de péritonite et bactériémie post. abort.

9^e cas. — (1912, n° J. 653). Pat. B., 30 ans, mariée. 5 grossesses, 1 avortement. M. II-III. Diagnostic avort. criminel douteux. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Nie toute participation criminelle à l'avortement. Intervention : curage digital et curettage. La température fébrile persiste. Exitus après 5 semaines ensuite de pelviocellulite et bactériémie, post abort.

10^e cas. — (1913, n° J. 427). Pat. O., 23 ans 1/2, célibataire. 1 grossesse, 0 avortement. M. II-III. Diagn. : avort. compl. criminel douteux. Entrée à l'hôpital avec temp. fébrile. Nie avoir voulu se faire avorter. Traitement expectatif. La température fébrile persiste. Exitus après 11 jours ensuite de péritonite post. abort.

11^e cas. — (1917, n° J. 236). Pat. B. P., 27 ans, mariée. 1 grossesse, 0 avort. M. IV. Diagn. avortement complet crim. douteux. Entrée à l'hôpital avec temp. fébrile. Intervention : incision et drainage du Douglas. La température fébrile persiste. Exitus après 2 semaines ensuite de péritonite purulente.

12° cas. — (1917, n° J. 471). Pat. M., 20 ans, célibataire. 0 grossesse, 0 avortement. M. II-III. Diagn. : avort. compl. crim. douteux. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Nie avoir voulu se faire avorter. Traitement expectatif. Exitus après deux mois ensuite de septicémie.

13° cas. — (1917, n° 767). Pat. K., 38 ans, mariée, 6 grossesses, 0 avortement. M. III. Diagn. : avort. incomplet criminel douteux. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Nie avoir voulu se faire avorter. Intervention : curettage, puis laparotomie. La température fébrile persiste. Exitus après 2 mois ensuite de septicémie.

14° cas. — (1918, n° J. 192). Pat. M., 28 ans, mariée. 1 grossesse, 0 avortement. M. III. Diagnostic : avort. compl. crim. douteux. Entrée à l'hôpital avec temp. fébrile. Intervention : curettage. Temp. fébrile persiste. Exitus après trois jours ensuite d'endométrite putride et septicémie.

15° cas. — (1918, n° J. 300). Pat. H., 40 ans, mariée. 0 grossesse, 3 avortements. Mois. III-IV. Diagnostic : avortement incomplet criminel douteux. Wassermann négatif. Entrée à l'hôpital avec temp. fébrile. Nie toute participation criminelle. Traitement expectatif. La température fébrile persiste. Exitus après 1 mois ensuite de péritonite post. abort. et septicémie.

16° cas. — (1918, n° J. 536). Pat. K., 21 ans, célibataire. 0 grossesse, 0 avortement. M. III. Diagnostic : avortement septique criminel douteux. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Nie avoir voulu se faire avorter. Traitement expectatif. La température reste fébrile. Exitus après cinq semaines ensuite de septicémie streptococcique.

Les causes de mort sont, en résumé :

- a) Bactériémie, 4 cas dont deux cas accompagnés de pelviocellulite.
- b) Péritonite, 3 cas.
- c) Péritonite plus pelviocellulite, 1 cas.
Péritonite plus septicémie, 1 cas.
Péritonite plus bactériémie, 1 cas.
- d) Pelviopéritonite plus bactériémie, 1 cas.
- e) Septicémie, 3 cas.
- f) Endométrite putride et septicémie, 1 cas.
- i) Hémorragies utérines infectieuses, 1 cas.

Des 16 cas, 5 célibataires, 10 femmes mariées, 1 veuve.

Il est difficile de tenir des conclusions précises quant à la criminalité ; mais remarquons en passant que parmi les femmes mariées la moitié ont plus de 32 ans ; hors parmi celles-ci la statistique permet de constater — sans qu'il soit d'ailleurs permis d'en tirer des conclusions particulières — que la cause de mort est une infection générale. Nous en reparlerons plus loin dans le chapitre des rapports de criminalité avec l'âge des patientes.

3. Avortements sûrement spontanés

Les avortements spontanés apportent un tableau complètement différent. Dans cette catégorie où sont rangés 1560 cas, la mortalité tombe à 1,1 %. Constatons de suite que pour être, de fait, moins élevée que celle des accouchements, elle l'est pourtant comparativement davantage, étant donné la moindre gravité du processus.

Voici les rapports des 17 cas de mort :

I. *Cas de morts comme suites directes de l'avortement*

1^{er} cas. — (1906, n° J. 229). Pat. H., 46 ans, mariée. 4 grossesses, 1 avortement. M. II-III. Diagnostic : avortement complet spontané. Entrée à l'hôpital avec tempé-

rature fébrile. Traitement expectatif. La température fébrile persiste. Exitus après 6 semaines ensuite de septicémie, embolie pulmonaire.

2^e cas. — (1908, n° J. 94). Pat. Z., 28 ans, mariée. 0 grossesse, 0 avortement. M. V-VI. Diagnostic : avortement complet spontané. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Il est procédé à l'amputation de l'utérus par suite de perforation accidentelle au cours du curettage. Exitus après 6 jours, ensuite de péritonite purulente.

3^e cas. — (1908, n° 599). Pat. Z., 29 ans, mariée. 0 grossesse, 0 avortement. M. II-III. Diagnostic : avortement incomplet spontané. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Curettage et laparotomie. La température fébrile persiste. Exitus après 15 jours ensuite de péritonite purulente.

4^e cas. — (1909, n° J. 690-30). Pat. J., 34 ans, mariée. 5 grossesses, 1 avortement. M. III-IV. Diagnostic : péritonite post. abort. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Curettage et tamponade. Température fébrile persiste. Exitus après 4 semaines, ensuite de bactériémie post abort.

5^e cas. — (1909, n° J., 581). Pat. H., 33 ans. 5 grossesses, 0 avortement. M. IV. Diagnostic : pelviocellulite post. abort. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Curettage et tamponade. La malade présentant des symptômes d'anémie grave, on procède à des infusions de Na Cl. La température fébrile persiste. Exitus au bout de 2 mois ensuite de pelviocellulite post. abort.

6^e cas. — (1909, n° J. 595). 34 ans. Pat. K., mariée. 11 grossesses, 1 avortement. M. I-II. Diagnostic : avortement complet spontané. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Curettage. La température fébrile persiste. Exitus après 10 jours, ensuite de bactériémie post. abort.

7° cas. — (1909, n° J., 640). Pat. K., 35 ans, mariée. 9 grossesses, 0 avortement. M. II-III. Diagnostic : avortement incomplet spontané. Entrée à l'hôpital avec température subfébrile. Extraction manuelle et curettage. La température fébrile persiste. Exitus après 12 jours, ensuite de pelviocellulite et bactériémie post. abort.

8° cas. — (1910, n° J. 155). Pat. M., 36 ans, mariée. 3 grossesses, 1 avortement. M. I-II. Diagnostic : avortement complet spontané. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Traitement expectatif. La température fébrile persiste. Exitus après 15 jours, ensuite de bactériémie post. abort.

9° cas. — (1910, n° J. 289). Pat. A., 31 ans, mariée. 6 grossesses, 0 avortement. M. III. Diagnostic : avortement incomplet spontané. Entrée à l'hôpital avec température subfébrile. Intervention : extraction manuelle. La température fébrile persiste. Exitus après 2 mois et demi, ensuite d'embolie pulmonaire (Bac. Coli).

10° cas. — (1911, n° J. 367). Pat. K, 36 ans, mariée. 7 grossesses, 0 avortement. M. VI-VII. Diagnostic : avortement incomplet spontané. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Intervention manuelle et curettage. La température fébrile persiste. Exitus après un mois, ensuite de bactériémie post. abort.

11° cas. — (1912, n° J. 502). Pat. R., 36 ans, mariée. 6 grossesses, 0 avortement. M. III-IV. Diagnostic : avortement incomplet spontané. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Curettage au cours duquel l'utérus est perforé. Laparatomie. La température reste fébrile. Exitus après 3 semaines ensuite de péritonite post abort.

12° cas. — (1914, n° J. 367). Pat. W., 41 ans, mariée. 12 grossesses, 0 avortement. M. ? Diagnostic : avortement incomplet spontané. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Extraction instrumentale. La température

fébrile persiste. Exitus après 5 semaines ensuite d'embolie pulmonaire.

13^e cas. — (1914, n° J. 485). Pat. J., 34 ans, mariée. 4 grossesses, 0 avortement. M. II-III. Diagnostic : avortement incomplet spontané. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Extraction manuelle. Température fébrile persiste. Exitus après un mois de bactériémie.

14^e cas. — (1916, n° J. 258). Pat. G., 37 ans, mariée. 3 grossesses, 0 avortement. M. II-III. Diagnostic : avortement complet spontané. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Traitement expectatif. Température fébrile persiste. Exitus au bout de 2 semaines ensuite de pelviopéritonite.

II. Cas de mort ne découlant pas de l'avortement

1^{er} cas. — (1912, n° J. 190). Pat. P., 23 ans, célibataire. 1 grossesse, 0 avortement. M. V.-VI. Diagnostic : avortement complet spontané. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Traitement expectatif. La température fébrile persiste. Exitus après 15 jours ensuite de TBC. pulmonaire grave.

2^e cas. — (1913, n° J. 499). Pat. A., 34 ans, mariée. 2 grossesses, 3 avortements. M. III-IV. Diagnostic : avortement incomplet spontané. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Intervention : extraction manuelle. La température fébrile persiste. Exitus après 5 semaines ensuite de Lues et anémie.

3^e cas. — (1915, n° J. 527). Pat. W., 40 ans, mariée. 3 grossesses, 0 avortement. M. III-IV. Diagnostic : avortement complet spontané. Entrée à l'hôpital avec température fébrile. Traitement expectatif. Exitus après 3 jours ensuite d'apoplexie cérébrale.

Les causes de mort sont en résumé :

Pour la première catégorie :

a) Péritonite purulente, 3 cas.

- b) Pelviopéritonite, 1 cas.
 - c) Bactériémie et pelviocellulite, 1 cas.
 - d) Pelviocellulite, 1 cas.
 - e) Bactériémie, 5 cas.
 - f) Septicémie et embolie pulmonaire, 1 cas.
 - i) Embolie pulmonaire, 2 cas.
- soit pour une mortalité de 0,89 %.

Pour la deuxième catégorie :

- a) TBC. pulmonaire, 1 cas.
 - b) Lues et anémie, 1 cas.
 - c) Apoplexie cérébrale, 1 cas.
- soit une mortalité de 0,2 %.

Nous faisons ici la même remarque que précédemment, à savoir que pour toutes les patientes âgées de plus de 32 ans, la cause de mort est une infection générale (V. chapitre suivant).

4. **Avortements thérapeutiques**

Il reste à examiner les cas de mort dans l'avortement thérapeutique. Sur 17 cas, 2 morts soit une forte mortalité de 11,8 %. Mais il faut remarquer de suite que ces deux cas de mort sont dus à une complication complètement indépendante de l'intervention et sans rapport avec le processus génital.

1^{er} cas. — (1918, n° J. 131). Pat. J., 23 ans et demi, célibataire. 1 grossesse, 1 avortement. M. IV. La malade entre à l'hôpital après avoir tenté de s'empoisonner au moyen de potasse. Mais comme elle vomit beaucoup plus qu'elle n'absorbe d'aliments, on consulte un spécialiste d'obstétrique aux fins de savoir s'il ne s'agit pas d'hyperémèse gravidique. L'intervention est décidée par mesure de prudence. Avortement exécuté, puis curetage. Exitus après 8 jours. Le bulletin d'autopsie indique : Mort par suite d'empoisonnement. Atrophie géné-

rale, blessure du larynx, arrosions de l'œsophage et du pylore.

2^e cas. — (1818, n° J. 267). Pat. S. M., 37 ans, mariée. 0 grossesse, 3 avortements. M. V-VI. Diagnostic : néphrite chronique ; avortement thérapeutique. Après intervention, la température fébrile persiste. L'abdomen est ballonné et présente une forte défense musculaire. La miction impossible, la vue s'affaiblit. Après 4 jours, la température s'élève rapidement. Frissons répétés. L'examen de l'urine indique une pyélonéphrite. La malade renvoyée à la clinique médicale meurt après 15 jours. Le bulletin d'autopsie indique : Néphrite chronique ; pyélonéphrite et pyélocystite. Méninge purulente et Névrite du nerf optique.

C. MORTALITE DE L'AVORTEMENT EN RAPPORT AVEC L'AGE DES MALADES

Il nous reste à examiner la fréquence de l'avortement dans les différentes périodes d'âge de la femme.

Pour cela nous avons établi une échelle de 15 à 50 ans. D'autre part, nous avons combiné la table de façon à voir quelle est la criminalité par rapport à l'âge de la femme.

La table montre :

- 1) Une mortalité maximum pour les périodes de 15 à 25 ans ; elle retombe ensuite jusqu'à 35 ans pour remonter à partir de cet âge.
- 2) La criminalité sûre atteint un maximum dans la période de 20-25 ans ; elle diminue dans la période suivante et tombe à 2 % à partir de 35 ans.
- 3) La mortalité des avortements spontanés est à son maximum dans la période d'âge de 30-35 ans ; ce qui explique par le fait, que de nos jours, où les mariages ont lieu relativement tard, les grossesses sont aussi les plus fréquentes dans cette période d'âge. Mais il y a

évidemment un autre facteur qui joue un rôle plus important : par suite de grossesses ou d'avortements précédents les organes génitaux et spécialement la matrice sont souvent le siège de processus pathologiques : subinvolution, endométrite, etc., qui empêchent les phénomènes de nidation lors d'une nouvelle grossesse ; l'état général de la santé est souvent moins favorable aussi pour supporter les différenciations apportées à l'organisme par la fécondation et il s'en suit que l'avortement a lieu plus fréquemment comme résultante de tous ces états plus ou moins pathogéniques. C'est ce qui ressort clairement de la table. Excluons, en effet, de la totalité des cas de morts les avortements criminels sûrs et douteux, et nous arrivons sur un total de 19 cas, à 14 cas de mort dans la période de 33-50 ans, qui forme la deuxième moitié de la vie sexuelle de la femme. L'avortement est donc d'autant plus dangereux que l'état général, et spécialement l'organisme génital de la femme, est moins résistant ; ce qui est à conclure des chapitres précédents.

Nous avons vu en effet qu'à partir de 32 ans les cas de mort ou suite d'infection générale (bactériémie et septicémie) sont particulièrement nombreux ; la force de réaction de l'organisme contre une propagation de l'infection diminue considérablement et d'autant plus que la patiente est plus avancée en âge.

Quant à la criminalité, nous voyons que pour les cas sûrement criminels (catégorie I) $\frac{3}{4}$ sont célibataires, $\frac{1}{4}$ seulement des femmes mariées. Dans la II^e catégorie (avortements criminels douteux, 16 cas), la proportion est de $\frac{1}{3}$ pour les célibataires. Dans la catégorie III (avortements spontanés, 17 cas) la proportion est de $\frac{1}{17}$ pour les célibataires. Ces chiffres encore une fois permettent de tirer une conclusion très nette quant aux dangers de l'avortement criminel (V. page 36).

Age	I. Crim. sûrs	II. Crim. dout.	III. Spont.	IV. Thérap.	Total	°/°
15						3.7
16						
17						
18						
19	1 c.	1 c.			2	4.0
20		1 c.			1	
21	1 c.	1 c.			2	
22	1 c.	2 m. m.	1 c.		4	
23	4 c. c. c. c.	1 c.		1 c.	6	1.9
24						
25		1 c.			1	
26	1 c.				1	
27		1 m.			1	1.9
28	3 c. m. m.	1 m.	1 m.		5	
29			1 m.		1	
30		1 m.			1	
31			1 m.		1	2.0
32						
33			1 m.		1	
34		2 m. v.	4 m. m. m. m.		6	
35			1 m.		1	2.7
36		1 m.	3 m. m. m.		4	
37		1 m.	1 m.	1 m.	3	
38		1 m.			1	
39	1 d.				1	2.7
40		1 m.	1 m.		2	
41			1 m.		1	
42						
43						2.7
44						
45						
46			1 m.		1	
47						
48						
49						
50						
Total.	12	16	17	2	47	

C : célibataire, m : mariée, v : veuve, d : divorcée.

Mortalité de l'avortement en rapport avec l'âge
et la position civile des malades.

CONCLUSION

Le travail qui précède permet de se rendre compte de la fréquence actuelle de l'avortement. Le rapport de la Maternité de Bâle indique, pour, 1918 un total de 1313 naissances. La même année indique 95 cas d'avortements, soit un rapport de 1 : 13. Si nous prenons la moyenne des 15 années, nous obtenons par contre une proportion de 1 : 9, chiffre un peu plus élevé que celui indiqué par Bumm, à savoir 1 : 10 ; la différence provient de l'addition des avortements criminels sûrs : 25 cas, et criminels douteux : 267 cas. Ceci nous amène à dire quelques mots sur l'avortement au point de vue médico-social. Ces considérations dont il ne sera présenté qu'un résumé très bref semblent la meilleure conclusion à cette statistique faite dans le but de posséder des chiffres sur lesquels puisse s'appuyer une réponse à la motion Welti.

On trouve la question de la propagation de l'espèce envisagée déjà dans l'« Esprit des lois » de Montesquieu, qui s'exprime ainsi :

« Dans l'espèce humaine, la manière de penser, le caractère, les passions, les fantaisies, les caprices, l'idée de conserver sa beauté, l'embarras de la grossesse, celui d'une famille trop nombreuse, troublent la propagation de mille manières... La continence publique est naturellement jointe à la propagation de l'espèce, tandis que les conjonctions illicites y contribuent très peu..... »

Aujourd'hui, plus qu'alors, la femme ne veut pas être mère, elle n'accepte point de se passer de certains plaisirs et de certaines jouissances. L'enfant ne doit plus

être « un obstacle » dans sa vie. Des lois sociales sont créées chaque jour pour protéger la femme qui travaille dans les fabriques, avant et après ses couches, tout spécialement. Ce n'est que juste. Mais que dire d'autre part de ces mères qui dans toutes les classes de la société manquent de courage physique et moral devant les charges d'une grossesse : conséquence soit d'un mariage légitime, soit de relations illicites.

De combien de vies est privée la société, vies qui sont pourtant plus que jamais nécessaires pour combler les vides terribles de la grande guerre, parce que les mères n'ont point voulu renoncer à un plaisir auquel leur grossesse leur interdisait de prendre part.

Mais à côté de cela la question de l'avortement criminel se pose plus redoutable et angoissante encore. C'est le crime commis au mépris de toute idée morale et qui nargue toutes les mesures répressives élaborées avec un grand soin par le législateur pour conserver la vie à des êtres innocents, crime commis sans aucun autre motif que la lâcheté des parents placés en face de leur devoir et de leurs responsabilités.

I. — Historique

Il est intéressant de constater en passant comme déjà dans l'antiquité, cette question a été agitée et résolue.

Chez les Hébreux, la loi de Moïse punissait de mort la femme qui se faisait avorter.

Les Grecs ne semblent pas avoir envisagé l'avortement au même point de vue moral que les nations chrétiennes des temps modernes. Dans sa « *Politica* » (VII. 14), Aristote le regarde comme permis, pourvu que l'enfant n'ait pas encore atteint la période de vie et de sensation (V. Montesquieu, chap. XXVIII de « *L'Esprit des lois* »).

Les Romains appliquaient, suivant le cas, la peine de mort ou de bannissement.

Dans le vieux droit français : 1° dans les lois de l'empereur Charles V, 1533, on trouve la prescription suivante : Celui qui fait avorter une femme sciemment, avec mauvais dessein, doit avoir la tête tranchée comme un criminel et la femme qui se ferait avorter elle-même doit être noyée ou punie d'une autre mort ; 2° L'Edit de Henri II, 1556, promulguait la peine de mort. Le Code pénal de 1810 condamnait à la réclusion pour une durée variable.

L'ancien droit germain, beaucoup plus rigoureux, punissait de la mort par les supplices les femmes qui se faisaient avorter. En Autriche, l'impératrice Marie-Thérèse avait promulgué la peine de mort par l'épée pour les personnes participant à un avortement (1768). Dans les « Josephina (1787) », l'empereur Joseph II excluait la peine de mort mais prévoyait la prison et les travaux forcés à perpétuité. De nos jours, le Droit pénal français (Art. 317 du Code) édicte la peine de la réclusion contre celui qui, par un moyen quelconque, procure l'avortement d'une femme enceinte ; celle-ci est passible de la même peine si elle a consenti à faire usage des moyens propices à amener l'avortement et si cet événement s'en est suivi.

Les médecins qui ont donné, indiqué ou pratiqué ces moyens sont punis de travaux forcés dans les cas où l'avortement a eu lieu.

Les paragraphes 218-220 du Droit pénal actuel allemand prescrivent : La femme enceinte qui sciemment se fait avorter peut être punie de travaux forcés jusqu'à 5 ans, même si des circonstances atténuantes entrent en considération, cette peine ne sera jamais inférieure à 6 mois.

Celui qui fait avorter une femme enceinte sera puni

de travaux forcés pour une période allant jusqu'à 10 ans, si la mort de la femme survient en suite de l'avortement cette peine ne pourra jamais être inférieure à 10 ans.

En Suisse, les codes pénaux des différents cantons prévoient des peines de réclusion de durée variable (3-10 ans). L'avortement thérapeutique n'est point prévu dans la plupart des codes cantonaux ; quelques-uns, ceux de Fribourg, Genève, Tessin, Vaud, contiennent pourtant une remarque à son sujet, ainsi formulée : « L'avortement sera puni..... hors les cas où la science médicale exige l'emploi d'un de ces moyens pour éviter un mal plus grand..... », ou bien : « hors les cas où cela est nécessaire pour sauver la mère..... » Le projet du nouveau code pénal suisse propose, en ce qui concerne l'avortement, une peine de réclusion allant jusqu'à 5 ans pour la femme enceinte qui se fait avorter elle-même ou par un tiers, et de 5-10 ans pour les tierces personnes qui auront aidé ou provoqué un avortement.

II. — Avortement et néomalthusianisme

La question qui se pose comme conclusion de ce travail est donc celle-ci : La femme a-t-elle le droit de se faire avorter ? Y répondre, c'est toucher à la question du néomalthusianisme. Il est superflu de rappeler l'exacte théorie du célèbre économiste et philosophe anglais qui disait en substance : « N'ayez pas plus d'enfants que vous n'en pouvez élever en tenant compte de votre hérédité, de votre situation, de vos aspirations familiales et nationales », et qui basait cette restriction de l'augmentation de la famille uniquement sur la continence dans le mariage, au moment où celui-ci devenait la source d'une trop grande fécondité.

En réalité cette théorie est erronée, comme l'ont démontré de nombreux économistes et, plus encore, l'histoire ; les causes de dépopulation sont suffisantes pour qu'il ne soit pas à craindre que les hommes ne trouvent plus de place sur la terre. Le néomalthusianisme veut arriver, lui, aux mêmes fins en supprimant les possibilités de la conception ; ses partisans affirment que leurs doctrines combattent l'avortement. Le Professeur Doléris, de l'Académie de Médecine de Paris, leur répond ainsi : « Nous ne voyons pas grande différence entre le néomalthusianisme et l'avortement. Du moment que l'acte sexuel est accompli, il y a un geste positif de procréation, et la suppression, par un artifice quelconque, des effets possibles de ce geste, tant aux divers points de vue métaphysique ou religieux que physiologique, risque de devenir un attentat à la vie et par conséquent un avortement. »

On ne peut nier qu'il y ait une pente rapide, fatale et inéluctable qui conduit directement du néomalthusianisme à l'avortement. Le néomalthusianisme est bien l'avortement préventif. Si la question de l'avortement a été et est une des questions qui ait donné lieu à de multiples controverses, c'est qu'elle touche non seulement à la médecine, mais encore aux différents domaines de la vie sociale, de la morale, de la philosophie et de la religion ; de ce chef, tous ceux qui s'occupent de la collectivité ont à s'en occuper.

Nous voyons tous les jours que l'avortement dit « criminel » ne peut être empêché par la loi ; comme le dit le Professeur Haffter dans son rapport *Mutterschutz et Strafrecht* : Weil das Recht nur das äussere Verhalten des Menschen in seinem Bereich zieht und die innere Bewertung der menschlichen Handlungen, der Moral überlässt, kann er seiner Natur nach nicht die letzten und höchsten Forderungen der Sittlichkeit erfüllen. »

Toute la controverse se résume en ceci :

L'enfant dans le sein de sa mère est-il un être indépendant, ou bien doit-il être considéré comme « pars viscerum matris » ?

Le Docteur Toulouse, auteur de *la Vie sexuelle et la Femme*, y répond ainsi : « L'enfant, avant la naissance, vit, non d'une vie personnelle, mais de l'organisme maternel, à l'état parasitaire..... Si elle veut se débarrasser de son fruit en cours de maternité, elle ne commet évidemment pas un crime..... car ce qu'elle anéantit, c'est une partie d'elle-même. »

Le Docteur Bertillon, dans la brochure *l'Avortement au point de vue médico-social*, cite d'autres praticiens qui ont répondu de la même manière.

Il n'est pas difficile de démontrer ce qu'un pareil langage peut avoir et a en effet de suites désastreuses pour le pays où il est écouté. Dans la période d'avant-guerre on a pu juger des ravages qu'il a produits en France.

Le Professeur P. Bureau, président du Comité français, pour le relèvement de la natalité, donne la statistique suivante : « En 1700, la France formait le 40 % des habitants des grandes puissances européennes ; en 1913, ce chiffre s'abaissait à 16 %, d'où nécessité pour cette nation de se servir de tous ses enfants au point de vue militaire, alors que d'autres pays, où les théories funestes du néomalthusianisme n'exerçaient point les mêmes ravages, pouvaient opérer une véritable sélection et, sans crainte aucune, laisser aux autres domaines de la vie nationale : science, commerce et industrie, tous les individus d'élite, susceptibles de contribuer à son développement de façon plus utile. Les faits ont démenti ces sophismes si souvent entendus : Faisons peu d'enfants, mais qu'ils soient riches et qu'ils soient robustes... Toute augmentation de population apporte avec elle une source de richesse puisque les bras nécessaires

au travail sont plus nombreux et que plus une nation est populeuse, plus les possibilités de sélection naturelle sont grandes parmi les individus. »

Et le même Professeur Bureau expose les conséquences découlant de la fréquence des avortements et par suite de la dépopulation : « Seules les nations disposant d'une population vigoureuse, saine et nombreuse sont capables de jouer sur la terre le rôle que leur histoire, leur passé et leurs qualités les appellent à jouer. Des mœurs des différents peuples dépendra leur avenir économique et moral. »

III. — L'avortement au point de vue philosophique

On a tenté de justifier l'avortement criminel au moyen de déductions philosophiques, en partant de cette idée que le fœtus n'était point un homme encore, mais successivement un être ayant une âme d'abord végétative, puis animale, et enfin raisonnable, et que, par conséquent, pour peu que la mère soit incommodée par sa grossesse, on devait la délivrer de son fardeau. Voici en résumé ce qui a été dit : Le fœtus est un homme « en puissance ». Son développement est soumis à des contingences multiples qui, dans certains cas, réduisent la puissance au simple degré de « possibilité » infime quelquefois. D'autre part la vie de la mère est plus que « puissance » (quelque chose d'imparfait) elle est « acte » (quelque chose de parfait). La théorie philosophique peut-elle donc, quand les conditions de développement sont telles que le pronostic médical (ceci s'applique spécialement à l'avortement thérapeutique) basé sur une expérience et des données solides et consciencieuses, réduit la puissance au simple degré de possibilité, la théorie philosophique peut-elle continuer son raisonne-

ment et hausser la puissance jusqu'à l'acte, c'est-à-dire égaler le parfait et l'imparfait.

La réponse à ces différentes objections philosophiques relatives au problème qui nous occupe se trouve développée dans les *Mélanges philosophiques* de M. d'Hulst.

« Dès que le fœtus est vivant, il existe un principe qui en fait un être doué d'une âme raisonnable et rien ne permet d'affirmer que ce principe « n'est » pas avant le 40° ou 80° jour. »

IV. — L'avortement au point de vue moral

L'avortement est-il permis au point de vue moral ? La question a été posée dans certains cas où la conception était due à des rapports sexuels réalisés par violence ou contrainte (viol, attentat à la pudeur, etc.), spécialement pendant la guerre, où les diverses armées belligérantes ont occupé un pays ennemi. Elle a été résolue négativement ; en France, de grands savants et Pinard en tête ont plaidé énergiquement pour le droit sacré à l'existence de l'enfant conçu dans n'importe quelles conditions.

Les partisans de l'avortement quant à l'obligation morale, s'expriment ainsi :

« Tous les actes de l'être humain tendent à la conservation de l'espèce. Seulement, l'Etat a-t-il le droit d'intervenir dans un ordre de choses qui semble bien ne concerner que l'individu, à savoir : la reproduction. Et si, il ne peut l'obliger à se reproduire ; en vertu de quel droit peut-il l'obliger à accepter les suites d'un acte qui tend à la reproduction de par sa nature ? »

Les réponses à l'objection ne manquent pas : personne n'a jamais contesté à l'Etat le droit de punir l'infanticide. Pourquoi alors faire une différence entre ce dernier et l'avortement qui n'est, comme s'exprime le Professeur

Doléris, qu'un « infanticide prématuré ». L'être innocent qui n'a point demandé qu'on l'appelle à la vie, « a droit à cette vie. Les parents ont *librement* contracté cette obligation à son égard ». La morale naturelle regarde comme un devoir de conserver et protéger le fruit de l'union sexuelle ; elle défend de le supprimer. De plus, « qu'un conflit puisse surgir entre une frêle vie d'enfant et la vie de la mère, comme les circonstances en soulèvent parfois entre deux vies, a-t-on le droit, et qui a le droit de sacrifier violemment l'un pour l'autre ? » Et l'auteur de ce rapport à la Société romande de Gynécologie citant l'exemple de César et de Scipion l'Africain ajoute : « Si l'on ne sait jamais ce que vaudra l'enfant, en cas de conflit, que faire pour être logique, pour sacrifier le moins digne d'intérêt au plus digne ? »

La morale chrétienne qui prohibe l'avortement n'a fait que confirmer une loi naturelle. Et si le sentiment moral est différent suivant les mentalités, il faut reconnaître pourtant qu'il est nécessaire de trouver un mode d'action suivant lequel on traitera cette question de l'avortement. « Cette base sera sans conteste le principe de finalité : toute chose doit concourir au but pour lequel elle a été créée. »

Il ne rentre pas dans le cadre de ce travail de développer davantage ce sujet de l'avortement au point de vue moral. Ajoutons simplement quelques notes qui suffiront à indiquer l'état de la question au point de vue religieux ; et nous aurons ainsi passé en revue les différentes opinions concernant un problème qui a passionné les esprits les plus divers.

V. — L'avortement au point de vue religieux

La religion condamne l'avortement en s'appuyant sur le précepte « Tu ne tueras point ». La ques-

tion a été agitée depuis longtemps par les théologiens. Toutes les controverses se basent sur l'animation de l'enfant. De Tertullien qui admettait l'infanticide pour sauver la vie de la mère jusqu'aux théologiens de nos jours qui le condamnent absolument (V. M. d'Hulst, 3^e Conférence de Paris 1896), « parce qu'il n'est jamais permis de tuer *exprès* et directement un être humain qui a la vie, pour la conserver à un autre », en ajoutant : « Laissez mourir deux vivants, si vous ne pouvez en sauver un sans crime, mais n'en tuez aucun, parce que vous n'avez pas de droit sur la vie » ; les opinions ont considérablement varié.

Chaque médecin a sa conscience et son honneur professionnels et nous n'avons pas à débattre cette question troublante et passionnante à la fois. Si les opinions médicales ne varient pas, à de rares exceptions près, en face du problème de l'avortement criminel, il est plus difficile de dire ce qui se passera dans l'esprit du médecin appelé devant un cas où l'avortement thérapeutique répondra à des indications précises et fondées : cas heureusement fort rares, comme la statistique précédente l'a démontré.

VI

Et maintenant quelles conclusions immédiates pouvons-nous tirer de ce travail ?

Plus que jamais, à notre époque, il est nécessaire de combattre l'avortement et les multiples moyens de propagande qui s'étalent partout avec un cynisme révoltant. Jamais, autant que de nos jours, l'avortement n'est devenu une habitude et presque une institution. La publicité — aussi bien — les annonces qui se lisent dans les journaux et les périodiques, que les tracts distribués par milliers d'exemplaires et les réclames envoyées gratui-

lement par certaines maisons, — s'est développée dans ces dernières années de façon considérable.

Le Professeur Doléris estime qu'un tiers du nombre des grossesses interrompues entre le 3^e et 7^e mois sont des avortements criminels (comparer le tableau n^o 3, p. 11), leur nombre annuel s'élèverait en France à 500.000 ; chiffre rabaisé par l'économiste Leroy-Beaulieu à 100.000.

Il est difficile, aussi longtemps qu'il n'existera pas de déclaration obligatoire à ce sujet comme pour les décès causés par des maladies épidémiques, de s'en faire une idée exacte. Quoiqu'il en soit, il est urgent — au lieu de travailler à légaliser l'avortement — de prendre des mesures qui permettent d'organiser une campagne énergique contre ce qui menace de devenir un véritable fléau.

On a pu le constater chez nos voisins de l'ouest, toutes les récompenses instituées en vue de favoriser les naissances et les familles nombreuses ont piteusement échouées. Ces mesures, du reste, n'étaient que la réédition d'édits formulés déjà chez les Romains par César et Auguste qui prévoyaient des récompenses pour les naissances nombreuses, ou par Louis XIV en France qui ordonna des pensions pour les familles de plus de 7 enfants ; et si l'on doit absolument fournir une compensation pour empêcher l'avortement résultant de l'indication dite sociale, c'est à l'Etat de la fournir. « C'est à l'Etat, au législateur, à faire en sorte que personne ne meure de faim, que tout enfant soit protégé, non seulement après sa naissance, mais déjà au cours de sa vie intra-utérine » (Pinard).

Mais ce qui importe avant tout et par dessus tout, c'est de changer la mentalité du peuple, et cela dans toutes les classes sociales sans exception. Témoin ces lignes d'un article récent paru dans un journal français (V. *Le Radical*, n^o 18. T. 1921) : « Regardez autour de

vous sans parti pris. Pourquoi y a-t-il des enfants ici ? Pourquoi n'y en a-t-il pas là, où l'on pourrait si aisément les nourrir et les élever ? Ce n'est pas l'argent, ce n'est pas la vaine gloriole d'une décoration qui suffiront à faire les enfants dont nous avons besoin. Il y faut autre chose, une foi et un idéal, générateurs d'amour et de dévouement, voire de sacrifice. Il y faut le sentiment du devoir. » Il n'est nul besoin de prouver les misères résultant de l'esprit de jouissance qui règne en maître à l'heure actuelle. « La démoralisation croissante des masses est là, fruit de la ruine dans les âmes de tout idéal, même de celui du bonheur familial basé sur la continuité de l'effort afin de perpétuer sa propre race ». C'est, selon l'expression du Professeur Bossi, cet esprit de jouissance qui fait, des femmes d'une façon plus spéciale, « des éternelles blessées ». Plus souvent encore, cette statistique le met en évidence, l'avortement et l'avortement criminel en particulier cause la mort de celles qui n'ont pas le courage moral nécessaire pour accepter les charges qu'un sentiment clair et net de leur devoir d'épouse et de mère leur indique si clairement : que de morts prématurées pour n'avoir pas voulu comprendre que la maternité est un honneur, un des plus grands qui soit ici-bas puisqu'elle permet au monde de se développer et de travailler d'une façon plus intense et plus suivie à son perfectionnement.

OUVRAGES ET REVUES CONSULTÉS

Journal de la Maternité de Bâle (Années 1904-1918).

BUMM. — Précis d'obstétrique.

LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — Traité de Gynécologie.

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Traité d'obstétrique.

F. v. WINCKEL. — Traité d'obstétrique.

Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie
de la Suisse romande, n° 15 (1912).

Gynecologia Helvetica XIX.

AVIGDOR et COUDERT. — L'avortement et le problème de
la dépopulation (Fortin, 1913, Paris).

G. BERTILLON. — L'avortement au point de vue médico-
social et sa répression (Maloine, 1910, Paris).

P. BUREAU. — La restriction volontaire de la natalité.
Masson, 1919, Paris).

J. LEROY-ALLAIS. — Avortement et néomalthusianisme
(Maloine, 1919, Paris).

Docteur J. WEHRLI. — Der Kindesmord (Huber, 1889,
Frauenfeld).

Professeur DOLÉRIS. — Avortement, Néomalthusianisme
et Maternité (Maloine, 1918, Paris).

MONTESQUIEU. — De l'esprit des Loïs.

M. d'HULST. — Mélanges philosophiques (Gigord, 1903).

— Conférences de Paris 1896 (Gigord, 1913).

Qu'il me soit permis d'exprimer ici toute ma reconnaissance à mon maître respecté, Monsieur le Professeur LABHARDT, pour le dévouement avec lequel il a assumé la direction de ce travail et pour la complaisance qu'il a eue de m'indiquer les recherches qui m'ont grandement facilité ma tâche.

*Agréé par la Faculté de Médecine de Bâle
après Rapport de M. le Professeur LABHARDT.*

17 février 1921.

